

.....  
pieczętka placówki medycznej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### **DOTYCZY OBJĘCIA UCZNIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ KSZTAŁCENIA ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA**

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

1. CZY UCZEŃ WYMAGA ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI KSZTAŁCENIA?

TAK       NIE

2. Rozpoznanie choroby

.....  
.....  
.....  
.....

3. Choroby współwystępujące

.....  
.....  
.....  
.....

4. Poradnia specjalistyczna, pod której opieką pozostaje dziecko/uczeń\* .....

.....

od kiedy? .....

5. Okres na jaki, zdaniem lekarza, uczeń powinien zostać objęty zindywidualizowaną ścieżką kształcenia (nie dłuższy niż rok)

od 

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

 do 

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

\* właściwe zaznaczyć

6. Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie szkolne dziecka  
(np. procesy uczenia, utrwalania, kojarzenie, spamiętywanie, odtwarzanie wiadomości, tempo pracy, koncentracja uwagi, wydolność fizyczna, zdolność do wysiłku umysłowego)

.....  
.....  
.....  
.....

7. Potrzeby dziecka (przerwy, naprzemiennosć zajęć, czas trwania zajęć, różnicowanie metod pracy, pomoc w czytaniu, wsparcie nauczyciela i in.)

.....  
.....  
.....  
.....

8. Przedmiot lub przedmioty, w zakresie których zaleca się zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia

.....  
.....  
.....  
.....

**UWAGI**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
miejscowosć, data

.....  
pieczętka i podpis lekarza